



6003-13. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR PARA PREVENCIÓN DE CARDIOTOXICIDAD ASOCIADA AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL COMBINANDO AGENTES INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE ANGIOTENSINA Y BLOQUEADORES BETA

Soledad Murguía¹, Federico Ferrando-Castagnetto¹, Federico Pagnussat², Mariela Lujambio³, Andrea Simeone³, Mónica Delorenzi³, Mariana Martino¹, Federico Acquistapace¹ y Lucía Florio¹

¹Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, ²Servicio de Hematología, Hospital Maciel. ASSE-MSP, Montevideo y ³Hospital Maciel, ASSE, Servicio de Cardiología, Montevideo.

Resumen

Introducción y objetivos: Quienes reciben trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) tienen un riesgo significativo de desarrollar cardiotoxicidad. Caracterizamos la cardiotoxicidad clínica y subclínica en pacientes sometidos a TPH que recibieron prevención farmacológica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado en pacientes sometidos a TPH. Se realizaron controles clínicos, bioquímicos y estructurales previos al trasplante, al 1^{er}, 3^{er}, 6^o y 12^o mes. La cardiotoxicidad se definió como el descenso de FEVI > 10% y FEVI 53%. Los pacientes que desarrollaron cardiotoxicidad u otra indicación, recibieron una combinación de fármacos orales IECA/BB con dosificación, ajustes y controles a criterio clínico. La tasa de aparición de síntomas/signos de IC, los cambios en la FEVI, TnI, BNP y *strain* longitudinal del VI (SLG) medidos al año se compararon entre los que recibieron tratamiento con IECA + BB desde el inicio y en forma mantenida (n = 12) con los que no recibieron ambos fármacos desde el inicio o lo hicieron en forma discontinuada (n = 27). Para las comparaciones se aplicó test de Fisher, prueba de la t pareada o test no paramétrico de Mann-Whitney, según correspondiera (p 0,05).

Resultados: Se incluyó una cohorte de 39 pacientes, 67% varones, de 47+16 años. El 62% presentaban FRCV (1,3 FR/paciente). No se detectó aumento de la TnI en ningún caso. Al primer mes se observó un aumento no significativo del BNP, con mediana [RIQ] de 17,3 [0,0-38,0] a 22,0 [0,0-65,9] pg/ml. Cuatro pacientes (10,3%) habían presentado cardiotoxicidad al año. No hubo diferencias significativas asociadas al tratamiento farmacológico sostenido vs discontinuo/no mantenido en cuanto al desarrollo de IC clínica (p = 0,09), descenso de la FEVI (delta FEVI: 0,2 + 8,4 vs 1,0 + 7,2%, p = 0,75), elevación del BNP (delta BNP: -22,3 [-53,5 a -22,3] vs 0,0 [-50,0 a 17,3] pg/ml, p = 0,11) y variación del SLG (delta SLG: 0,0 [-0,9 a 6,1] vs 0,0 [-16,0 a 0,0], p = 0,51).

Conclusiones: En la práctica clínica real, el tratamiento farmacológico utilizando IECA+BB en pacientes con riesgo CV al menos moderado se asocia con una tasa de cardiotoxicidad acorde a la reportada y un perfil de liberación de biomarcadores y cambios del SLG similar a los que no la reciben en forma óptima. Observamos una tendencia a la disociación clínica-bioquímica precoz postrasplante que no parece influenciada por las medidas farmacológicas preventivas.